41e Année. — N° 46 Vendredi 16 Novembre 1894

# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL

## SOMMAIRE

**inique médicale** : Des bruits veineux, par P. Duroziez, 721. — **Bibliographie** : Ostéomyélites de la croissance, par le Dr Pl. Mauclaire, 725. — De l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson, 726. — **Revue de la presse** : Mort à la suite d'un orgelet, 727. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 novembre* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs, 727. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 novembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Résection à froid de l'appendice dans l'appendicite à rechute, 728. — Rapports de prix, 728. — Cocaïne et leucocytes, 728. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 novembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Obstruction intestinale avec absence de vomissements fécaloïdes, 728. — Erythèmes scarlatiniformes, 728. — Cirrhose hypertrophique et kyste hydatique, 728. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 août au 13 octobre — Anatomie pathologique et traitement de l'hydrocéphalie, 729. — Soins immédiats à donner dans les traumatismes des paupières, 729. — Cure radicale des ganglions du cou, 730. — Hystérectomie totale abdominale, 730. — Opération du goître, 730. — **Société de chirurgie** : *Séance du 14 novembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse ; guérison maintenue trois ans, 731. — Cystostomie sus-pubienne, 731. — Valeur du bouton de Murphy, 731. — Ostéo-sarcome du pubis. Résection. Prothèse immédiate. Guérison, 732. — **Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine** : *Séance du 7 novembre* 1894. — Présidence de M. le Dr Verchère. — Souscription Laffitte, 732. — Réunion plénière de décembre. Proposition complémentaire, 732. — Rapports du corps médical avec les Sociétés de secours mutuels. 732. — **Correspondance** : Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés, 732. — **Variétés** : La maladie du tsar Alexandre III, 733. — **Nouvelles**, 734. — **Bulletin bibliographique**, 736.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Des bruits veineux (1),

Par P. Duroziez.

Mon ami le professeur Potain, insiste sur les bruits cardiopulmonaires, sur les bruits extra-cardiaques. existent, mais non avec la fréquence qu'il leur impose. Il leur attribue des cas qui reviennent à la lésion sang. Nous marchons ensemble pour exclure les lésions des orifices ; nous nous séparons pour l'interprétation des bruits non orificiels. Il est pour le poumon, suis pour le sang. Dans le bruit chlorotique je trouve indication thérapeutique que je n'ai pas dans le souffle cardiopulmonaire. Le bruit cardiopulmonaire n'a pas d'intérêt pour moi, le souffle chlorotique en a beaucoup. Le diagnostic en est utile ; ils se recouvrent et se juxtaposent souvent ; derrière le bruit cardiopulmonaire on trouve le bruit chlorotique. Ils n'ont pas le même timbre. Le bruit cardio-pulmonaire est le plus souvent un bruit froissant, d'éponge mouillée que l'on presse ; on sent que c'est le poumon. Le bruit chlorotique est musical, ténu, rond. La sensation est différente. Puis, il y a les souffles brefs, aspiratifs du sommet du poumon que connaissait Laënnec, et qu'on se laisse attribuer au poumon. Nous n'insistons pas davantage sur ces généralités que nous avons déjà traitées dans ce journal, numéro du 19 octobre.

Dans les bruits veineux nous comprenons les bruits de l'artère pulmonaire et des cavités droites.

Les veines, les cavités droites se dilatent avec une ampleur et une rapidité dont on n'aurait pas l'idée sans l'affirmation des jugulaires. On donne parfois les dimensions d'autopsie de l'artère pulmonaire ; pendant la vie, elles étaient peut-être doublées. On note jusqu'à 15 centimètres de circonférence. Les auteurs varient pour l'état normal entre 6 et 9 centimètres, c'est qu'en effet, les variations sont grandes. Hope, sur un seul cas de dilatation de 12 à 13 centimètres de circonférence, établit le diagnostic de la dilatation pulmonaire ; on avait diagnostiqué la dilatation de l'aorte, se développant à gauche. La malade, âgée de 36 ans, était dans le service du Dr Seymour. On note : large matité précordiale, proéminence, pulsation et frémissement cataire entre les 2e et 3e cartilages gauches. Impulsion beaucoup plus étendue et considérablement plus forte qu'à la normale, surtout dans la région précordiale gauche. On sent la pulsation à l'épigastre. A la systole, souffle de scie extrêmement fort, rude et superficiel, entendu loin, mais surtout sur la proéminence entre la 2e et la 3e côtes. La femme, qui avait de l'oppression depuis dix ans à la suite d'un choc contre une porte, meurt un mois après l'entrée. A l'autopsie, cœur empiétant beaucoup par son volume sur le côté gauche de la poitrine. Il est hypertrophié et dilaté, surtout du côté gauche. Artère pulmonaire remarquablement dilatée. La circonférence interne près des sigmoïdes est de 0m114 et à mi-chemin entre les sigmoïdes et la bifurcation 0m127. La dilatation ne dépasse pas la bifurcation. Les sigmoïdes sont bridées et trop petites pour fermer l'orifice (mais, ajoute l'auteur, elles de-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 18 octobre 1894.

vaient le fermer puisqu'on n'entendait pas de souffle au 2e temps). Aorte un peu rétrécie. Mitrale légèrement épaissie. L'abdomen contient de 3 à 4 litres de sérum. Foie un peu gros et dur, à séreuse épaissie.

(Notons cette dilatation de l'artère pulmonaire bornée au tronc).

Avec cette seule observation, Hope se hâte d'établir les règles du diagnostic de la dilatation pulmonaire : 1° pulsation avec frémissement cataire entre les cartilages des 2e et 3e côtes gauches, et delà décroissant à mesure qu'on s'abaisse, mais non appréciables au-dessus des clavicules (il n'en est pas question dans l'observation). De plus une légère proéminence entre les 2e et 3e côtes ; 2° bruit de scie extrêmement fort, superficiel, rude, au-dessus des clavicules et au niveau de la région précordiale entière, mais le plus fort sur la proéminence, entre la 2e et la 3e côte. — Signes généraux. Ceux de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur qui accompagnaient la dilatation de l'artère pulmonaire.

Ces signes ne suffisent pas à caractériser la dilatation simple de l'artère pulmonaire. Le diagnostic est plus difficile que ne le faisait Hope. Il reste à différencier les cas où la dilatation est simple et les cas où la dilatation est accompagnée de rétrécissement de l'orifice.

Le souffle de l'artère pulmonaire ne se limite pas toujours au premier temps ; il envahit le deuxième temps et s'avance plus ou moins loin. Enfin, peut-il exister au deuxième temps seul ? Le souffle n'apparaît-il que lorsqu'il y a dilatation ou rétrécissement ou compression ? Ne se rencontre-t-il pas dans la chlorose sous les mêmes formes que nous trouvons à la jugulaire ?

Lorsque le souffle s'avance dans le deuxième temps et prend plus ou moins nettement la forme continue, nous pensons aux communications entre les deux sangs, communications interauriculaire, interventriculaire, persistance du canal artériel, communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire à leur origine, entre l'artère pulmonaire et le ventricule droit, entre un anévrysme de l'aorte et une des cavités droites, etc. Nous laissons de côté pour le moment tous les cas de haut intérêt ; nous serions entraîné trop loin.

Dans la dilatation pulmonaire, on a trouvé du souffle au premier temps ; on n'a pas insisté sur le souffle à double courant analogue à celui des jugulaires et qui prend dans ce gros vaisseau une ampleur et une force qui trompent. Nous ne pouvons pas dire les conditions les plus favorables au souffle à double courant, mais nous l'avons trouvé surtout chez les femmes de quinze à trente ans, et nous le notons en même temps dans les jugulaires. Il est impossible de ne pas lui attribuer une même origine au cou et dans l'artère pulmonaire. Y a-t-il toujours dilatation de l'artère ? Pas plus qu'il n'y a dilatation de la jugulaire.

Voici une femme chez laquelle on a diagnostiqué : rétrécissement pulmonaire et communication par le trou de Botal. Nous diagnostiquons : bruit chlorotique. La divergence est complète. L'autre diagnostic a été porté par un maître et accepté par son interne. Nous avons donc raison d'insister.

Hélène B..., 16 ans, 11 octobre 1893. Elle a l'apparence d'une chlorotique. Elle est souffrante depuis un an et a été réglée il y a neuf mois pour la première fois ; elle n'a eu que quatre époques. Le cœur est petit, le pouls à 84, régulier. Bruit chlorotique intense à droite et à gauche ; souffle énorme à double courant au niveau de l'artère pulmonaire, sans impulsion, sans matité. Pas de souffle en arrière.

Nous la revoyons le 3 novembre. Nous reproduisons notre nouvel examen pour montrer que nous ne nous sommes pas trompé. Pâle et brune. Oreille gauche difforme, oreille droite régulière. Doigts des mains déformés, cambrés. Poitrine bien faite : un peu de saillie de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Cœur petit ; pointe au 4e espace, en dedans du mamelon. Pas de matité au niveau de l'artère pulmonaire. Cœur vibrant un peu de frémissement aux deux temps. Claquements purs. Souffle à double courant au 2e espace gauche contre le sternum. Bruit chlorotique à deux temps pour la jugulaire gauche, plus à double courant pour la jugulaire droite. A l'aine, bruit veineux continu. Souffle de l'artère crurale éclatant, simple. Rien en arrière. P. 72, vibrant, régulier. Pas de règles. Elle sort aujourd'hui.

Les bruits chlorotiques de l'artère pulmonaire sont les mêmes qu'au cou. L'artère pulmonaire n'est pas dilatée.

Notre diagnostic a étonné. Remarquons la différence de rythme du bruit chlorotique à la jugulaire gauche, à la jugulaire droite et à la crurale.

On nous prie d'examiner Catherine S..., âgée de 7 ans, et de laisser écrit notre diagnostic. Quel était celui de service ? Nous ne le connaissons pas ; nous ne serions pas surpris qu'il fût grave. Nous n'admettons que des bruits chlorotiques. L'enfant est entrée pour du prurigo et de l'eczéma, et ne paraît pas malade. P. 48, régulier. Cœur petit. Claquements purs. Souffle à double courant, limité à l'artère pulmonaire. Au cou, même souffle pendant la respiration ; on arrête le souffle en faisant suspendre la respiration.

N'est-ce pas encore là un bruit chlorotique de l'artère pulmonaire qui peut tromper ?

Je pourrais donner de nombreux faits qui n'ajouteraient pas à la démonstration. Il nous suffit d'avoir prévenu le lecteur qui cherchera dans le sens que nous indiquons. Qu'il ne se laisse pas intimider par l'intensité des souffles.

Le souffle, au lieu d'exister aux deux temps, d'être double, peut-il exister au 2e temps seul, sans lésion d'orifice ? Le souffle du 2e temps peut être chlorotique parce qu'il arrive que le souffle chlorotique des jugulaire existe seulement au 2e temps. Nous ne savons pas toujours toutes les conditions des souffles sanguins. Parfois, nous hésitons entre un bruit cardiopulmo

naire, un frottement péricardique et un bruit sanguin ; pour plusieurs examens, nous avons des impressions différentes. Tous les cliniciens connaissent ces hésitations.

Weiss, en 1880, rapporte trois observations de souffle diastolique siégeant au 3e, au 4e, au 5e espace gauche chez une femme tuberculeuse de 57 ans, chez un phtisique de 50 ans et chez un homme de 41 ans affecté de catarrhe pulmonaire chronique, sans lésion organique du cœur à l'autopsie. M. Potain les utilise pour sa démonstration ; nous préférons avoir vu les malades. M. Potain cite l'observation qui suit : Un garçon de 19 ans, L.. , est reçu à Necker en 1884 pour de la tuberculisation granuleuse. Souffle diastolique le long du bord droit du sternum depuis la 1re jusqu'à la 3e côte dans une largeur de 4 centimètres, souffle doux, aspiratif, superficiel, circonscrit. Pas de signes artériels de l'insuffisance aortique. A l'autopsie, tuberculisation granuleuse péritonéale, pleurale et pulmonaire. Rien au cœur, ni à l'aorte.

Cette observation a plus de valeur. Nous acceptons comme cardiopulmonaires, ces souffles aspiratifs, localisés, à timbre spécial, qui ne ressemblent pas aux bruits de l'artère pulmonaire et des jugulaires.

Marie S..., 24 ans, courant bien, a été réglée à 15 ans, irrégulièrement, peu. A 18 ans, fièvre typhoïde suivie de douleurs ; elle est alitée quatre mois. A 20 ans, elle a une épistaxis qui dure deux jours Depuis trois mois elle a des douleurs peu vives aux bras et aux jambes. Le cœur mesure 8 centimètres en hauteur sur 15 en largeur. Le pouls est à 78, petit. La crurale est étroite, sans impulsion. Danse chlorotique des jugulaires. Souffle jugulaire intense au 2 temps Claquements purs à gauche. Souffle au 1er et au 2e temps, partout. Le souffle du 2e temps a la même forme partout depuis la pointe jusqu'au sternum, à la clavicule et aux jugulaires. Le 1er est partout ronflant. Dans le service, on a été frappé de la variabilité du souffle au 2e temps.

Il est difficile d'admettre ici l'insuffisance aortique ; nous admettons le bruit chlorotique.

W..., 26 ans, couturière. Aspect plantureux. A 10 ans, paralysie des 4 membres durant quatre ans. Réglée à 17 ans, mal. Assise dans le lit, respirant mal, vultueuse, en sueur ; oppression hystérique. P. 120, régulier. Bruits chlorotiques intenses. Souffle énorme au 1er temps sur toute la surface du cœur, ne passant pas en arrière. Au sternum, double souffle égal qui disparaît.

Le cas suivant prête à la discussion. Il est difficile qu'un souffle cardiopulmonaire couvre toute la partie antérieure du poumon gauche et toute la partie découverte du cœur ; on trouve le souffle tantôt au 2e temps seulement, tantôt à deux temps profondément dans le sillon de l'aisselle contre l'humérus gauche. Le souffle disparaît ou devient plus fort dans la position debout. Enfin je trouve du souffle au 2e temps dans la jugulaire gauche. C'est chez un convalescent de fièvre typhoïde.

Z..., 22 ans, homme de peine, entre le 24 septembre 1875 pour la fièvre typhoïde et sort le 19 novembre.

6 novembre. Il est convalescent. P. radial, 88, développé, dicrote. P. crural faible ; on y produit facilement un souffle éclatant simple. P. carotidien impulsif, dicrote. Dans la jugulaire gauche souffle au 2e temps. Le cœur est refoulé en haut par le développement gazeux des intestins. Souffle au 2e temps considérable, à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration maximum le long du 3e espace gauche, dans le 2e et dans le 1er en se rapprochant de l'épaule. On le trouve encore affaibli tout autour et le long du sternum. Il disparaît, le malade mis à son séant.

8 novembre. P. radial dicrote. Souffle crural simple, sans impulsion. Pas d'impulsion du cœur, ni de la carotide. Rien au dessus des clavicules, comme bruit Pas de souffle au niveau de la partie découverte du cœur. Résonnance normale du poumon gauche ; sur toute la surface antérieure du poumon gauche, souffle au 2e temps, surtout à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration. Dans le creux sous-claviculaire, contre l'épaule, double souffle constant, non influencé par la respiration, le second souffle plus fort. Aucun bruit en arrière.

11 novembre. Je n'entends que le souffle du 2e temps, avec maximum le long du 2e espace gauche, pour tous les battements du cœur. Au niveau du 3e espace, c'est plutôt à la fin de l'expiration. Dans la position assise, il diminue un peu. On l'entend au niveau de la partie découverte du cœur, mais moindre. Il disparaît au niveau du poumon droit.

16 novembre. Debout, le souffle est intense ; je l'entends au niveau de la partie découverte du cœur. Il n'existe pas au niveau du poumon droit. L'inspiration prend toujours la forme saccadée, moins à droite qu'à gauche.

19 novembre. Il sort. Debout. Il va bien, faible, dormant mal à cause de douleurs des jambes. P. fréquent, développé, vibrant, dicrote. Respiration saccadée des deux côtés. A droite, claquements éclatants ; peut être un peu de souffle profond. A gauche, double souffle intense, maximum au niveau des 2e et 3e espaces, mais existant au niveau de la partie découverte du cœur. On ne l'entend pas au-dessus de la clavicule gauche.

Chlorotique ou non, ce souffle est vasculaire, plutôt dans les cavités droites que dans les gauches. La position n'a pas d'influence constante sur lui. Il a pour siège l'artère pulmonaire, peut-être tous les vaisseaux artères et veines ; en faire un souffle cardiopulmonaire, extra-cardiaque est impossible. L'avenir jugera. Le problème est posé. Le Dr Potain a le mérite d'avoir une fois de plus fixé l'attention sur ces singuliers souffles et d'en avoir brusqué la solution.

Ce n'est pas seulement au niveau de l'artère pulmonaire que nous trouvons le souffle chlorotique du 2e temps ; il existe aussi à l'épigastre. Il nous serait facile d'en produire des exemples.

C..., 28 ans, tonnelier. Pas de rhumatisme. Perte de

connaissance il y a quelques mois. P. 6°, régulier. Cœur petit. Bruit chlorotique au cou, à droite et à gauche. Bruit chlorotique à l'aine. Souffle doux à forme chlorotique au 2e temps à l'épigastre.

Voici une observation où la divergence est complète et grave. Dans le service on admet : insuffisance mitrale et aortique. Nous disons : bruits chlorotiques. Qui a raison ? L'autopsie ne vient pas décider.

B..., 35 ans, couturière. Pas de rhumatisme articulaire aigu. La femme n'a jamais été malade. Le cœur n'est pas gros. P. 84 peu développé. Bruits chlorotiques intenses au 1er et au 2e temps à gauche au cou. Souffle au 2e temps doux sur toute la surface du cœur jusqu'au 1er espace gauche. Ronflement au 1er temps à la pointe; 1er claquement à gauche un peu voilé. La femme est entrée asystolique; elle n'a plus rien.

Les cas ne sont pas rares où les résultats varient d'un examen à l'autre. Un jour nous trouvons les signes de la lésion la plus nette ; le jour suivant, il n'y a plus rien, et ce n'est pas pour un seul orifice, mais pour les deux ; tandis que pour beaucoup d'autres cas les signes sont constants. N'y a-t-il pas à se méfier de cette variabilité ? Nous ne pouvons pas exiger la même intensité toujours ; mais nous pouvons demander que la disparition ne soit pas complète. Pour admettre le rétrécissement mitral pur, nous voulons que toute la série des bruits existe n'importe quand nous l'examinons ; montrons le même scrupule pour les autres lésions, bien entendu quand il n'y a pas asystolie ; mais quand le cœur fonctionne bien, que nous n'avons aucune raison de concession à faire, nous devons retrouver les signes déjà perçus ou rester en méfiance, attendre. Il ne faut pas jouer le tout sur un coup de dé. Soyons sévère pour admettre des lésions organiques, avec lesquelles on peut vivre, mais dont la crainte torture et finit par tuer les menacés.

Nous ne nions pas l'existence des souffles cardiopulmonaires, mais tout souffle qui n'a pas pour cause la lésion d'orifice n'est pas cardiopulmonaire.

Diot, 12 ans, fille, 19 septembre 1892. Douleurs à la cuisse droite, chevilles rouges, tuméfiées. Rien au bras. Pas d'albumine. Pas de chorée, pas de scarlatine. Père mort à 27 ans de la poitrine. Mère morte à 30 ans, de fluxion de poitrine. Une sœur de 11 ans, bien portante, pâle, bruits chlorotiques au cou à droite. P. 78, régulier, vibrant. Impulsion à la pointe et à l'artère pulmonaire dilatée. A la pointe souffle entre deux claquements, souffle bref au niveau du poumon gauche en haut variant avec la respiration, diminuant à l'inspiration, paraissant à l'expiration, n'ayant pas la même forme que celui de la pointe qui ne change pas. Assise, souffle variable en arrière, tantôt net, tantôt nul. Couchée, souffle en arrière.

Nous admettons le souffle cardiopulmonaire en haut et le souffle d'insuffisance mitrale à la pointe, la mitrale encore souple et pouvant claquer.

Parfois nous trouvons sur tout le cœur le même bruit continu qu'au cou.

P..., 25 ans, cuisinière dans un restaurant. Réglée à 17 ans, pas depuis deux mois. P. 60 régulier. Paume des mains et plante des pieds, jaunes comme dans la chlorose. Bruits chlorotiques à droite et à gauche. Ronflement au 1er temps en haut. Bruit continu sur tout le cœur.

Voici un cas embarrassant. A l'autopsie, on n'a rien trouvé. P..., 27 ans, domestique femme, 15 janvier 1893. Elle a toujours été délicate et n'a jamais pu courir, mais n'a jamais été malade. Quelques douleurs rhumatismales aux épaules. Réglée à 15 ans, deux fois par mois plutôt qu'une, époques variables. Etourdissements tous les jours depuis qu'elle est réglée. Il y a quinze jours, sensation subite de boule à l'estomac, avec étouffement pendant dix minutes, et convulsions des membres. Ictère à la suite. P. 78, régulier, faible. Souffle simple à la crurale, sans impulsion. Bruit chlorotique à gauche, faible. Cœur petit, sans impulsion, sans battement de la pointe. Claquements purs. Dédoublement du 2e claquement à droite. Souffle sternal au 1er temps. Souffle au 2e temps, au 3e espace gauche contre le sternum, pas à l'épigastre, pas en haut ; quelques moments plus tard je ne le retrouve pas.

16 janvier. Souffle 2e temps, maximum vers les 3e et 4e cartilages gauches, contre le sternum et au niveau du sternum, souffle doux en coulée, plus rude au dessus. Pas de souffle au 1er temps. Pouls non vibrant.

19 Janvier. Pas d'ictère. P. 72 régulier, faible. Cœur petit. Pas d'impulsion au 4e espace. Souffle 2e temps, maximum franc au 3e espace gauche contre le sternum, diminuant beaucoup autour, affaibli dans le 2e espace droit, nul au 2e espace gauche. Souffle du 1er temps presque nul. Bruit à 3 temps au cœur, fou tac fou. Quelques bruits chlorotiques à droite, pas à gauche. A la crurale pas de souffle au 2e temps.

Elle meurt en février. On ne trouve rien à l'autopsie.

Nous livrons à la discussion l'observation suivante qui, pour les uns, présentera le type des bruits cardiopulmonaires, pour les autres sera vasculaire. La circulation de l'artère pulmonaire est indépendante de la circulation aortique ; les deux artères ne sont pas liées par des fibres communes comme le sont les deux ventricules, elles peuvent réagir sur le sang dans des temps différents. Il est aussi facile d'admettre des imperfections dans le calibre de l'artère pulmonaire, que des aspirations pulmonaires. L'artère pulmonaire est la région des souffles; elle n'a pas besoin des poumons. Quand j'entends les dédoublements du claquement, je suis disposé à accuser la circulation plus que la respiration.

A... (André), 14 ans, peintre sur étoffe. 10 juin 1893. — Le père est tuberculeux, la mère et un frère sont bien portants. Il a toujours été faible, il n'a jamais pu courir longtemps. Les rhumes ont été faciles. Il tousse sans cracher. Rien à la poitrine qui est bombée. Le dos est

régulier. Les doigts sont bien faits. L'apparence est bonne. Pas d'épistaxis. Pas d'hémoptysie. Douleur à la hanche gauche jusqu'au genou pendant une quinzaine. P. 72, régulier, peu développé. Cœur de volume normal. Ronflement au 1er temps à la pointe. Souffle au 1er et au 2e temps au niveau du 2e espace gauche contre le sternum. Foutacfou. Pas de bruit chlorotique.

11 juin. P. 66, régulier. Cœur petit. Pas de bruit chlorotique. Souffle aigu, court au 1er temps. Souffle au 2e temps augmentant par la respiration, disparaissant en la suspendant. Foutacfou limité à gauche en haut. Bruits de frottement à 3 temps; bruits courts, non traînants. Rien à droite.

18 juin. P. 84, régulier, normal. Cœur petit. Foutacfou au 2e ou 3e espace gauche contre le sternum, limite restreinte. Parfois tatafou non influencé par la respiration. Frottements. Impulsion de l'artère pulmonaire.

22 juin. P. 78 régulier. Cœur petit. Routtourou au 3e espace gauche contre le rectum limité. Claquements à gauche et à droite. Parfois dédoublement des claquements. Pas de matité de l'artère pulmonaire et de l'aorte. Bruit chlorotique. Respiration large. Ne se sent pas malade.

25 juin. P. 72. Out toufou, au 3e espace gauche et au 2e limité, variable. Le souffle du 2e temps est un peu prolongé. Parfois dédoublement des claquements différemment espacés. Peu de bruit chlorotique. Diarrhée.

30 juin. P. 78, non vibrant. Dédoublement du 1er claquement. Souffle doux au 2e temps après le 2e claquement, au 2e espace gauche, contre le sternum. Souffle doux, 2e temps au cou. Bonne figure.

9 juillet. Double souffle plus faible. Pas de bruit chlorotique.

16 juillet. P. 64, régulier. Bruit chlorotique à gauche. Souffle au 2e temps au niveau de l'artère pulmonaire, sans matité, surtout après les grandes respirations, claquements irréguliers ataxiques. Je n'ai pas la sensation de bruit cardiopulmonaire aspiratif et bref.

Nous sommes toujours à travers les bruits chorotiques, qu'il s'agisse de goitre exophthalmique, de chlorose, de rhumatisme ou de fièvre typhoïde. Nous ne pouvons pas en faire abstraction; ce serait injuste de les déposséder. Qu'on fasse la part des bruits extra-cardiaques, faible et dans la proportion du système sanguin et de quelques bordures de poumon. Les bruits cardio-pulmonaires sont de deux sortes : les uns habituels, fréquents ont le timbre froissant d'éponge mouillée qu'on presse, de poumon qu'on presse, ils sont à un ou deux temps, ils sont faciles à reconnaître; les autres, rares, ressemblent au bruit inspiratoire, sont brefs, inconstants, surprennent l'oreille et l'étonnent. C'est un accident. Les bruits chlorotiques sont l'ordinaire.

## BIBLIOGRAPHIE

**Ostéomyélites de la croissance**, par le Dr Pl. Mauclaire. — Biblioth. méd. Charcot-Debove. Rueff et Cie, édit., 1894.

Partant de ce point de départ actuellement incontesté que les trois parties constitutives d'un os, c'est-à-dire le périoste, le tissu osseux proprementdit et la moelle, sont unies entre elles par des rapports intimes; que, d'après la belle parole de Ranvier, « l'os est baigné par la moelle, M. Mauclaire démontre que c'est dans la substance médullaire que se concentrent la physiologie et la pathologie du tissu osseux dans les cas *d'infection osseuse.*

Les infections osseuses peuvent donc toutes donner naissance à une variété étiologique et évolutive d'ostéomyélite et, comme l'ont dit Lannelongue et Achard, « on a signalé une ostéomyélite lépreuse, on pourrait de même décrire toute la tuberculose osseuse sous le nom d'ostéomyélite tuberculeuse et certaines altérations du squelette dans la syphilis, telles que les gommes, pourraient être considérées comme le résultat d'une « ostéomyélite syphilitique ». L'ostéomyélite, considérée en pathologie générale, peut n'être regardée que comme la résultante, sur l'os tout entier, de ses réactions pour lutter avec plus ou moins d'avantages sur les localisations microbiennes qui séjournent dans sa substance ou s'y introduisent d'une façon plus ou moins aiguë. Et si l'on veut examiner les lésions amenées dans le tissu osseux par les parasites capables de vivre dans ce tissu, il est facile de constater que ce sont toujours les mêmes lésions qui se reproduisent : cavité plus ou moins creuse avec ramollissement purulent, caséeux ou gommeux, accompagnée de phénomènes plus ou moins aigus suivant que l'on a affaire à l'ostéomyélite aiguë, tuberculeuse ou syphilitique, réaction périphérique plus ou moins marquée pour s'opposer à l'envahissement du microorganisme et aussi par hyperplasie fonctionnelle, déterminant les hypertrophies osseuses, les éburnations, les périostoses, les os nouveaux ; c'est le travail de réparation mal limité et dépassant parfois la mesure, enfin le travail de nécrose dû au sphacèle des tissus envahis, *caput mortuum*, séquestre plus ou moins grand, plus ou moins volumineux.

De sorte qu'étudier une seule variété, la plus typique, des ostéomyélites, suffit pour faire connaître toutes les autres. Toutefois, sous le nom d'ostéomyélite infectieuse, on est convenu actuellement de décrire une affection presque spéciale à l'enfance et à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte et qui a un développement essentiellement aigu et toujours accompagné du processus de la suppuration franche. Aussi, M. Mauclaire n'étudie que cette ostéomyélite infectieuse survenant pendant l'enfance ou l'adolescence, sous ses formes aiguës, subaiguës et chroniques.

C'est là un chapitre considérable de l'histoire des os-

téomyélites, c'est celui qui a été écrit par Lannelongue, et nul mieux que M. Mauclaire, ancien élève de Lannelongue n'était placé pour étudier par lui-même cette très importante partie de la pathologie infantile.

Aussi son livre de la collection des *Petits Habits noirs* est-il une monographie intéressante, complète, indispensable, si l'on veut en quelques heures bien connaître de la question des affections osseuses chez l'enfant.

F. Verchère.

**De l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson** (*Pathogénie et traitement*), par le Dr Thiercelin. (Thèse de Paris, 1894.)

Ce travail, entrepris sur les conseils du Dr Hutinel, dont le Dr Thiercelin a été l'interne à l'hospice des Enfants-Assistés, n'est, au dire de l'auteur, que le résumé des leçons cliniques faites chaque jour au lit du malade ; il est donc la reproduction de l'enseignement d'un des maitres les plus estimés de la pathologie infantile et à ce titre seul il mérite déjà toute notre attention. Mais il est aussi l'œuvre personnelle de l'auteur, ses recherches bactériologiques, ses analyses chimiques complètent heureusement tout ce que la clinique peut nous apprendre. A la critique plus ou moins oiseuse de cette thèse, nous préférons la reproduction de ses conclusions, beaucoup plus utiles et plus intéressantes pour le lecteur :

1° Les cas d'infection gastro-intestinale chez le nourrisson peuvent être rangés au point de vue pathogénique en deux catégories :

Ceux d'origine endogène répondant aux diarrhées endogènes d'Escherich ;

Et ceux d'origine ectogène répondant aux diarrhées ectogènes du même auteur.

Les premiers sont dus à l'altération organique de l'estomac ou aux troubles du processus digestif, et sont produits par la fermentation des substances ingérées et par l'exaltation de la virulence des microbes normaux de l'intestin.

Les seconds sont dus à l'absorption de substances alimentaires altérées ou mal administrées ou de microbes pathogènes.

Mais souvent ces deux causes se combinent et l'infection, qui a commencé par être endogène, devient en même temps ectogène.

Cette distinction dans l'origine pathogénique de l'infection peut être utile à établir pour le traitement.

2° Au point de vue chronique, on peut distinguer :

L'infection gastro-intestinale aiguë ;

Et l'infection gastro-intestinale chronique.

La première revêt deux formes :

*Pyrétique*, qui répond à l'embarras gastrique fébrile, aux entérites aiguës, gastro-entérites aiguës, diarrhées toxi-infectieuses des auteurs ;

Et *algide*, correspondant au choléra infantile.

Ces deux formes reconnaissent absolument les mêmes causes et leur différence réside dans l'intensité plus ou moins grande de la même infection.

La seconde peut succéder à la première ou s'installer d'emblée chez les enfants débilités : elle aboutit à cet état que Parrot appelle l'athrepsie.

Elle peut aussi apparaître dans le cours de troubles digestifs sous forme de petits accidents comparables à ceux que le Dr Bouchard a décrits chez l'adulte sous le nom d'auto-intoxications.

3° Les accidents constatés dans ces différentes formes de l'infection gastro-intestinale sont dus : à la résorption des produits toxiques formés par les aliments mal digérés ou putréfiés, et à l'action des microbes pathogènes.

Il n'y a pas de microbes spécifiques pour ces différentes formes de l'infection : plusieurs espèces peuvent le produire. Mais le microbe le plus fréquemment rencontré dans tous ces cas est le bacterium coli commune virulent, qui agit dans ces cas ou par ses toxines seules, ou par septicémie, c'est-à-dire envahissement de l'organisme par le microbe lui-même. Mais d'autres microbes peuvent venir se surajouter surtout dans les cas d'infection chronique, et donner lieu à des infections secondaires : ce sont surtout le streptocoque, les staphilocoques et le pneumocoque.

Les complications rencontrées dans l'infection gastro-intestinale aiguë ou chronique peuvent être dues au bactérium coli commune ou à un de ces microbes surajoutés.

Le microbe de la diarrhée verte n'est qu'une variété de bacterium coli commune ayant la propriété de fabriquer du pigment vert.

4° S'inspirant de ces idées pathogéniques, le *traitement prophylactique* cherchera à éviter le contage et à maintenir l'organe digestif en parfait état, en surveillant la nutrition.

Le *traitement curatif* aura pour but de détruire les germes pathogènes, source de l'infection, et d'extraire leurs produits déjà formés par des moyens antiseptiques : calomel et lavage de l'estomac et de l'intestin, diète hydrique, et de lutter contre les symptômes généraux en combattant l'hyperthermie ou l'algidité et les phénomènes nerveux.

Il devra ensuite tendre à rétablir les fonctions digestives troublées par un régime approprié : le képhir semble être un bon aliment de transition entre la diète hydrique qui accompagne le traitement et la reprise de l'alimentation lactée. Quand après l'infection, il reste de la dyspepsie avec fermentation anormale et dilatation stomacale, il sera bon de lui adjoindre les lavages de l'estomac.

Les injections hypodermiques de sérum artificiel seront d'un grand secours dans le traitement de l'infection gastro-intestinale.

E. Deschamps.

## REVUE DE LA PRESSE

—

**Mort à la suite d'un orgelet.** — M. Lesmowski a eu à traiter un malade, âgé de 20 ans, apporté à l'hôpital dans un état demi-comateux. Huit jours avant était survenu un orgelet à la paupière inférieure de l'œil droit ; deux ou trois jours plus tard le malade eut un frisson violent et s'aperçut d'une tuméfaction notable de la région frontale. Puis apparurent un point de côté, la fièvre, le délire.

A l'entrée à l'hôpital, pouls petit, à 112; T. 38°8, 39°,2; râles disséminés dans les poumons. Émission involontaire des fèces et de l'urine.

Trace de l'orgelet à la paupière. Cuir chevelu très tuméfié, sillonné par des traînées rouge foncé suivant le trajet des veines. Les téguments sont ramollis par places, indurés dans d'autres et on y sent les cordons des veines thrombosées. La peau du front est si mince en certains endroit qu'elle crève au moindre attouchement en donnant issue à du pus jaunâtre, épais, inodore. Diagnostic : phlébite suppurée. On fit quelques incisions le long des veines enflammées. Le lendemain, pouls à 108, respiration 60; T. 39°,4; râles nombreux dans les poumons. Mort le jour suivant.

A l'autopsie : abcès métastatiques dans les deux poumons, pleurésie purulente double, augmentation de volume du foie, de la rate et des reins. Sinus caverneux rempli de pus, de même que la veine ophtalmique.

(*Méd. mod.*)

## ACADÉMIE DES SCIENCES

—

*Séance du 5 novembre 1894. — Présidence de* M. Lœwy.

**Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs.** — M. A. Brault. Cette question est presque entièrement nouvelle. Bien rares sont les auteurs qui ont signalé ou soupçonné la présence du glycogène dans les néoplasmes. L'indication la plus explicite a été formulée par Schiele dans sa dissertation inaugurale, à propos de quelques épithéliomes cutanés et d'un cancer du testicule observé par Langhans. Plus récemment, Cornil et Ranvier mentionnent le glycogène dans les enchondromes à développement rapide; mais ces faits passèrent inaperçus et ne conduisirent à aucune conclusion générale.

Avant d'avoir pris connaissance du travail de Schiele, l'idée qui nous avait conduit à rechercher le glycogène dans les tumeurs était la suivante ; les néoplasmes sont, comme l'histologie le prouve, assimilables, dans une certaine mesure, à des tissus en voie de développement : il est donc possible qu'ils contiennent une assez forte proportion de glycogène, ainsi que Cl. Bernard et Rouget l'ont établi pour les premières phases du développement des tissus chez le fœtus.

Les résultats confirment cette supposition. Il importe peu que l'on examine un épithélioma, un sarcome, un enchondrome ou une tumeur complexe comprenant plusieurs tissus juxtaposés à développement parallèle. La présence du glycogène se constate facilement dans tous les cas à des degrés et en proportions différents.

La technique indiquée par Erlich pour la recherche dans les reins diabétiques donne une réaction instantanée pourvu que la tumeur en contienne une certaine quantité. Le glycogène apparaît sous forme de gouttes à contours très nets que l'iode colore en brun foncé. Le nombre et la dimension des gouttes sont extrêmement variables d'une tumeur à l'autre et dans les différentes parties d'une même tumeur.

Le fait le plus saillant qui se dégage de ces recherches est que la proportion de glycogène trouvée dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement. L'abondance en est telle parfois que la coloration de la coupe après l'action de la gomme iodo-iodurée est uniformément brun-acajou. Les parties exemptes de glycogène prennent une teinte jaune, assez pâle.

Les tumeurs qui présentent un accroissement très rapide correspondent aux sarcomes, aux cancers épithéliaux appelés autrefois tumeurs encéphaloïdes à cause de leur consistance et de leur aspect ; toutes très riches en cellules.

Quand les sarcomes ou les épithéliomas, bien que volumineux, se développent plus lentement, les régions qui contiennent le glycogène en petite quantité sont toujours les parties les plus anciennes. Par contre, à la périphérie de la tumeur, dans la zone d'envahissement, ou dans les nodules secondaires erratiques, le glycogène apparaît avec toute sa netteté. On peut ainsi, mieux que par toute autre méthode, suivre la marche envahissante d'une tumeur, alors même que les cellules émigrées sont en petit nombre ; la coloration si franche de l'iode indique les points de repère.

La recherche du glycogène n'offre aucune difficulté dans les tumeurs récemment enlevées et soumises immédiatement à l'action de réactifs énergiques, tels que l'alcool absolu. Les conditions d'examen sont beaucoup moins favorables quand il s'agit de pièces d'autopsie, les fermentations cadavériques pouvant détruire le glycogène.

Les sarcomes et les tumeurs d'origine conjonctive sont moins exposés aux dégénérescences que les volumineux épithéliomas, étant creusés de vaisseaux et de lacunes qui assurent une répartition plus égale des matériaux nutritifs. On peut sans doute expliquer ainsi pourquoi ces tumeurs contiennent quelquefois dans toute leur étendue une si grande proportion de glycogène.

Pour montrer l'importance considérable du phénomène de la glycogénèse dans les tumeurs, il suffira de rappeler que nous avons réuni en quelques mois 88 faits positifs : soit 19 épithéliomas ectodermiques; 22 sarcomes ; 35 épithéliomas glandulaires ; 2 cas où les ganglions correspondants contenaient des noyaux cancéreux chargés de glycogène et 2 tumeurs complexes constituées par plusieurs tissus ; 8 épithéliomas à cellules cylindriques, tumeurs très différentes d'origine et par cela même très démonstratives pour le point qui nous occupe.

Il nous eût été facile d'étendre cette liste de ces faits, mais nous avons pensé que, étant donnés leur nombre et surtout leur variété, nous étions autorisés à présenter quelques conclusions, que voici :

La glycogénèse apparaît comme une des manifestations les plus éclatantes de l'activité et de la vitalité des néo-

plasmes. Elle acquiert toute sa valeur lorsque le développement des tumeurs se fait avec une grande énergie. Par suite, elle peut servir à mesurer la puissance de prolifération d'un épithélioma ou d'un sarcome et, en dehors de toute autre considération, permet de porter un pronostic des plus sévères, puisque toute néoformation envahissante est riche en glycogène.

D'autre part, toute tumeur, qui prend en quelques mois des dimensions considérales, contient dans sa masse une quantité de glycogène de beaucoup supérieure à celle que l'on trouve dans le foie des animaux en pleine digestion, ou le foie des suppliciés.

Il faut remonter aux premières périodes du développement fœtal pour rencontrer le glycogène en telle abondance.

Par ce côté, les tumeurs se rapprochent, jusqu'à un certain point, des tissus de l'embryon : ce que nous établirons plus amplement dans une prochaine communication.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 13 novembre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.*

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Valery Meunier (de Pau) qui se porte candidat au titre de correspondant national ; 2° une note manuscrite de M. le Dr E. Schoull (de Troyes) *Sur l'efficacité des traitements créosotés dans le traitement de la broncho-pneumonie* ; 3° une lettre de M. le Dr René Belin, envoyant à l'Académie un pli cacheté *Sur un nouveau moyen de drainage chirurgical* (accepté) ; 4° un pli cacheté de MM. Redon et Chenot (de Nantes), sur un *Traitement de la tuberculose* (accepté) ; 5° une note manuscrite de M. le Dr Grall, médecin en chef des colonies, intitulée *Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre, apparition et extension de cette maladie, en Nouvelle-Calédonie*.

**Résection à froid de l'appendice dans l'appendicite à rechute.** — M. Poncet (de Lyon) rapporte 6 observations avec 6 guérisons rapides et définitives.

Partisan de l'intervention précoce dans toute appendicite aiguë (56 laparotomies iliaques ont été pratiquées dans son service pour des phlegmons appendiculaires), M. Poncet considère la laparotomie iliaque, avec ou sans résection de l'appendice, comme le seul traitement curatif de l'appendicite à rechutes. La résection ne doit être pratiquée que lorsque les manœuvres de libération de l'organe malade ne sont pas dangereuses, ce dont le chirurgien ne peut se rendre compte que dans le cours de l'opération. Ainsi subordonnée à la gravité des manœuvres nécessitées par les adhérences, la laparotomie iliaque, avec ou sans ablation de l'organe malade, est une opération innocente. La réunion par première intention, chez les 6 opérés de M. Poncet, a donné un résultat parfait, sans tendance à l'éventration. (Comm. des correspondants nationaux.)

**Rapports de prix.** — M. Hallopeau lit un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Herpin (de Metz).

**Cocaïne et leucocytes.** — M. Maurel (de Toulouse). La mort sous l'influence de la cocaïne peut se produire par deux mécanismes différents : l'un qui correspond aux cas de mort consécutifs à l'administration de la cocaïne donnée à haute dose par la voie stomacale et l'autre qui correspond aux cas de mort accidentelle se produisant avec des doses relativement faibles, mais employées en solutions concentrées.

2° Il est probable que dans les deux cas, l'action de la cocaïne sur les leucocytes doit jouer un certain rôle dans l'explication de la mort ; mais je pense que cette part est plus grande que dans le cas de mort accidentelle, et même que dans ces derniers cas, c'est à l'action de la cocaïne sur les leucocytes que revient le rôle le plus important. (Comm. MM. Duguey et Laborde.)

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Paul Berger sur les candidats dans la section de médecine opératoire. Les candidats sont proposés dans l'ordre suivant : 1° M. Lucas-Championnière ; 2° M. Paul Reclus ; 3° M. Delens ; 4° M. Charles Monod ; 5° *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Delorme et Pozzi.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 9 novembre 1894. — Présidence de M. Ferrand.*

**Obstruction intestinale avec absence de vomissements fécaloïdes.** — M. Lemonnié (Val-de-Grâce) rapporte une observation semblable à celle que M. Catrin a publiée dans une des précédentes séances. Un homme de 22 as, atteint depuis longtemps de troubles digestifs vagues, fut pris un jour d'une violente douleur abdominale, accompagnée d'une céphalée vive, et d'une fièvre assez élevée. Le malade se met à tousser et on trouve des signes de congestion pulmonaire ; après neuf jours, le malade est repris de fièvre, d'une douleur épigastrique, et d'un point de côté gauche. Le traitement a encore facilement raison de ces accidents. Mais deux jours après on observe tous les signes de pleurésie diaphragmatique, et en même temps le ventre apparaît ballonné à la région supérieure ; les jours suivants la constipation s'installe rebelle. Le météorisme se généralise, les phénomènes de broncho-pneumonie s'accusent et le malade succombe.

A l'autopsie, on aperçoit une poche énorme formée par le côlon ascendant, puis on voit que l'extrémité pylorique de l'estomac est repliée vers l'hypocondre gauche, et attirée par une bride qui enserre le côlon transverse en son milieu. Le duodénum est aussi étranglé très profondément. Les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie arrivée à la période de suppuration.

L'absence de vomissements fécaloïdes est certainement due à l'étranglement du duodénum. La broncho-pneumonie était due au coli-bacille.

**Érythèmes scarlatiniformes.** — M. Siredey présente au nom du Dr Ausset, médecin aide-major à Limoges, deux observations d'érythème scarlatiniforme d'origine hydrargyrique.

La première se rapporte à un militaire qui avait fait des frictions d'onguent napolitain pour se débarrasser de pediculi pubis.

Dans la seconde, il s'agit d'un enfant de 7 mois, dont la mère se lavait soigneusement les seins après chaque tétée, avec une solution de sublimé à 1/2000.

**Cirrhose hypertrophique et kyste hydatique.** — M. Fer-

RAND montre à la Société un foie présentant les altérations d'une cirrhose hypertrophique et un kyste volumineux siégeant à la face inférieure près du bord postérieur.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

*8e session tenue à Lyon, du 9 août au 13 octobre.*

—

**Anatomie pathologique et traitement de l'hydrocéphalie.** — MM. PICQUÉ et PERRIER. L'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie montre combien est illusoire le traitement de cette affection. Il ne s'agit pas d'une simple accumulation de liquide, comprimant momentanément et atrophiant le cerveau. Les lésions de l'hydrocéphalie, en effet, sont multiples, mais on ne peut démontrer s'il s'agit d'un processus pathologique véritable ou si on a affaire à des anomalies congénitales.

En tout cas, elles ne peuvent pas s'expliquer toutes par la simple distension. On trouve comme lésions : l'élargissement du trou occipital et du canal rachidien sans spina-bifida véritable ; l'ectopie de la moelle allongée et de la protubérance ; l'absence du corps calleux qui n'est pas produite seulement par la compression du liquide ; des nodosités de la substance grise ; l'allongement des parties moyennes du lobe inférieur du cervelet. Toutes ces légions peuvent se combiner.

Aussi bien les tentatives de traitement de l'hydrocéphalie par la ponction doivent-elles être considérées comme vaines.

D'ailleurs l'intervention est grave ; et sur douze opérations nous notons douze décès. Un seul succès est dû à M. Broca.

**Soins immédiats à donner dans les traumatismes des paupières.** — M. GAYET, de Lyon. Il n'est point inutile de régler, car elle peut l'être, la thérapeutique de certaines plaies des paupières et de réduire le nombre des cas malheureux qui viennent échouer dans les services spéciaux. Je veux parler des déchirures soit simples soit multiples des voiles protecteurs de l'œil suivies dans certains cas d'arrachements musculaires et même de fractures du rebord orbitaire.

Ces plaies faites tantôt par des corps contondants, tantôt par des crochets agissant comme des griffes, tantôt par des éclats de verre, peuvent dépendre de bien d'autres causes encore.

Quoi qu'il en soit de l'origine des déchirures, la constitution anatomique des paupières leur impose des caractères qui permettent de les classer. Et comme chaque partie a son rôle, soit dans la fonction de protection oculaire, soit au point de vue de l'harmonie des formes, on devine les conséquences variées et funestes des cicatrisations irrégulières. Dans cette région de la face un vide de forme est un malheur et une perturbation physiologique peut être un désastre.

Quand la déchirure de la peau est seule, elle peut être franche, semblable à une section par instrument tranchant et alors ne présente presque pas de gravité. Une suture régulière en a raison et peu de praticiens reculeraient devant son emploi. Si les bords sont déchiquetés, la réunion devient plus délicate et la suture plus compliquée. Il faut la faire cependant et avec un soin méticuleux procéder à l'engrènement régulier de tous les saillants et de tous les rentrants. On les maintiendra avec des points de suture au fil fin et aseptique et avec cela on aura le minimum de cicatrice. Quelle que soit l'irrégularité de la déchirure, il ne faut à aucun prix en retrancher la moindre partie sous prétexte d'un nivellement plus commode. Toute perte de substance est malheureuse et, s'il faut absolument la subir, mieux vaut que ce soit la nature qui se charge de l'élimination.

Une forme assez commune de la plaie, c'est de partager la peau obliquement par rapport à la surface et de laisser en regard deux biseaux opposés. Il faut les affronter avec grand soin et les bien étaler l'un sur l'autre si on veut éviter plus tard un sillon désagréable.

Quand les muscles sont compris dans la solution de continuité, les choses se compliquent ; le tissu rétractile se retire laissant plus ou moins les plans voisins dont les ruptures ne coïncident plus avec les siennes. Le chirurgien doit alors analyser tous les détails de cette plaie complexe, retrouver les muscles, les rétablir dans leur forme et les y fixer par des sutures perdues ; après quoi, il fermera par-dessus la plaie cutanée.

La rupture du tarse mérite toujours une sérieuse attention parce que celui-ci est le soutien de tout édifice palpébral. Lorsqu'elle se fait près des points lacrymaux il y a lieu de redouter une plus grande difficulté à la correction cicatricielle. C'est pour cela que la suture doit être plus minutieusement faite et, si c'est nécessaire, par plans successifs. La négligence de ces précautions dans des cas en apparence très simples est d'ordinaire la cause de ces déformations du grand angle et de ces larmoiements souvent incurables.

Il est bien rare que la déchirure de la muqueuse n'accompagne pas celle du tarse sur lequel elle repose et auquel elle est solidement unie ; alors la rupture de la paupière est complète et les combinaisons que j'ai fait prévoir apparaissent sous les formes les plus variées.

Tantôt la peau s'est déchirée en biseau comme le tarse et la conjonctive ; tantôt les biseaux se combinent de façon à former sur une lèvre de la plaie un angle rentrant, tantôt enfin les divers plans de rupture se contrarieront comme pour rendre plus compliquée une adaptation ultérieure. Quelque fertile que soit l'imagination, elle a peine à se figurer la multiplicité de ces combinaisons que le chirurgien attentif doit finir par découvrir s'il veut espérer une suture parfaite et une réunion irréprochable.

Dans une plaie récente, le problème est assez facile à résoudre ; un lavage soigné, l'essuyage des surfaces cruentées, mises en évidence, chacune de leur côté, sont alors les seules manœuvres à employer. Mais si le patient par incurie ou tout autre motif a laissé passer un, deux ou même trois jours sur son accident, que faudra-t-il faire ?

A moins qu'il n'y ait dans le raccord des parties une grande régularité, il faut tout déchirer et remettre les parties comme le traumatisme les avait laissées. Il faut séparer les lèvres de la plaie et séparer les réunions entre la peau et la conjonctive malgré les tuméfactions, infiltrations des tissus, la présence de caillots et de souillures, il faut cependant pratiquer toutes les violences pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses.

En procédant à une toilette bien aseptique de la plaie, on finit par éliminer le sang infiltré, par rendre chaque tissu reconnaissable et partant susceptible d'être remis à sa place.

Ces cas entraînent souvent des difformités non seulement

très repoussantes, mais aussi très dangereuses de l'œil. Ses voiles protecteurs ne peuvent plus balayer les larmes. Ces conséquences sont si graves qu'il faut procéder, coûte que coûte, à la vérification de tous ses détails. Avec une asepsie soignée, on peut exécuter toutes les manœuvres nécessaires à la recherche des esquilles, de leur nombre, de leur position, de leurs rapports réciproques ou avec les parties molles et, une fois les connaissances établies, on peut avec avantage rétablir les rapports des os et au besoin suturer avec des clous de platine iridié, après quoi on fera sur les parties molles ce que j'ai dit plus haut.

1° Les plaies contuses et les déchirures des paupières peuvent être partagées en quatre catégories, d'après la structure anatomique : les plaies cutanées, les plaies musculaires, les plaies fibro-tarsiennes et les plaies muqueuses;

2° A part les plaies de la peau et de la conjonctive qui peuvent être isolées, elles se combinent ensemble de façon plus ou moins compliquée;

3° Elles présentent des détails nombreux sur lesquels le chirurgien doit s'éclairer par un examen attentif avant d'entreprendre une réunion méthodique;

4° Si deux ou trois jours se sont écoulés depuis l'accident, il ne faut pas reculer pour remettre toutes les choses en place et déchirer toutes les adhérences vicieuses;

5° En principe il ne faut rien retrancher des tissus, si détériorés qu'ils soient. Il faut suturer après adaptation exacte des parties, et suturer plan par plan;

6° S'il existe une fracture de l'orbite, il faut s'attacher à reconnaître les fragments et les maintenir par des sutures métalliques.

**Cure radicale des ganglions du cou.** — M. Zancarol (d'Alexandrie). Ces ganglions sont souvent la première manifestation de la tuberculose, ou bien sont l'indice d'une inflammation chronique de la muqueuse pharyngée, laryngée ou du médiastin, etc.

Les ganglions tuberculeux deviennent souvent caséeux.

Ces glandes doivent être extirpées, mais quand? La suppuration, la caséification de ces glandes est souvent difficile à diagnostiquer.

En présence donc d'un strumeux atteint de ganglion du cou, il faut faire tout d'abord un traitement hygiénique de deux ou trois mois.

Puis il faut intervenir s'il n'y a pas de résultat.

Le meilleur procédé d'extirpation sera celui qui extirpera toutes les glandes et laissera une cicatrice aussi peu apparente que possible. Le bistouri est le meilleur instrument. En général l'extirpation se fait facilement; s'il existe des adhérences on peut employer la cuiller tranchante.

**Hystérectomie totale abdominale** (*secondaire à une laparotomie et ablation bilatérale des annexes*). — M. Ed. Schwartz (Paris). Toutes les fois qu'il s'agit de lésions annexielles nettement bilatérales, nous sommes fermement partisans de la castration utéro-ovarienne, par la voie vaginale, considérant que cette opération donne le plus de garanties au point de vue de la bénignité et de l'efficacité thérapeutique. Nous n'avons fait d'exception, toutes les fois que le diagnostic a pu être établi, que pour une seule lésion; nous voulons parler de la dégénérescence sclérokystique des ovaires pour laquelle de parti pris nous sommes constamment intervenus par la laparotomie. Nous trouvons, en effet, que dans la grande majorité de ces cas où il n'existe en général aucune adhérence, l'ablation des annexes se fait presque toujours avec une rapidité et une facilité très grandes. La laparotomie ne donne prise à aucun accident opératoire, ce qu'on ne pourrait dire aussi bien de l'hystérectomie vaginale même la plus simple et la plus facile, toujours à la merci d'un défaut dans une plaie, d'une inégalité dans le pansement.

L'hystérectomie vaginale dans toutes les autres conditions est l'opération de choix.

Il peut se présenter cependant des cas où la voie vaginale peut être remplacée par la voie abdominale.

C'est là une très grande exception, nous n'y avons eu recours qu'une seule fois dans un fait où le vagin était d'une longueur et d'une étroitesse très grandes, où l'utérus, quoique petit, venait faire saillie au-dessus du pubis et était nettement accessible derrière la paroi abdominale intérieure.

Dans ces conditions, l'opération ne présente aucune difficulté, elle se passe très simplement, pourvu qu'on ait pu faire une asepsie parfaite du vagin et du col de l'utérus. La malade que nous avons opérée de la sorte a parfaitement guéri de tous les troubles qu'elle présentait.

**Opération du goitre.**— M. Roux (de Lausanne). Je n'opère jamais que les goitres qui ont résisté au traitement médical, mais je suis opposé aux injections interstitielles qui amènent une sclérose en raison de laquelle le goitre devient plus petit, il est vrai, mais en même temps adhérent et constricteur, ce qui rend l'opération plus difficile. En résumé, le traitement des goitres kystiques par injections interstitielles est très aléatoire et de plus je connais trois morts dues à la seringue de Pravaz, tandis que le bistouri ne m'a donné qu'une mortalité de 1,36 p. 100 sur 292 cas. L'indication opératoire la plus commune est la gêne respiratoire (142 cas, dont 86 avec troubles de la voix et 36 avec cornage); je note 49 fois la gêne de la déglutition (goitre rétrotrachéal ou circulaire); 54 fois des troubles cardiaques très améliorés par l'opération Ces malades se décomposent en 110 femmes, 7 fillettes, 60 hommes. Pour l'opération, je reste fidèle à l'anesthésie locale que j'ai recommandée dès 1891. Je n'ai endormi qu'une trentaine de malades (enfants, filles nerveuses) et l'opération est ainsi plus sanglante. J'ai pratiqué 104 fois l'ablation par la méthode de Kerlier; 73 fois l'enucléation, par la méthode de Socin, a suffi. Dix de nos malades avaient vu leurs goitres anciens dégénérer en cancers, ce qui est une raison de plus pour ne pas abandonner les goitres à eux-mêmes.

Je n'ai pas observé de myxœdème opératoire.

Enfin j'ai vu mourir, sans être opérés, deux malades, ce qui me donne l'occasion de discuter la mort subite dans le goitre, ce que Rose appelle le Kropftod. Je ne crois pas exactes les théories de Rose, de Krœnlein et je ne vois pas bien en particulier les muscles sous-hyoïdiens étranglant leur propriétaire. En réalité, la trachée est aplatie en fourreau de sabre comme le dit Demme et il faut admettre avant tout le rôle des congestions actives et passives par lesquelles le goitre augmente brusquement, rétrécissant ainsi le calibre trachéal; le cou d'un goitreux est en effet une véritable pompe goitreuse; de là le rôle du refroidissement et lorsque la gêne respiratoire commence, les efforts musculaires qu'elle provoque ne font qu'aggraver la congestion veineuse cervicale.

(*A suivre*).

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*éance du 14 novembre. — Présid. de* M. Lucas-Championnière.

**Laparotomie pour péritonite tuberculeuse ; guérison mainnue trois ans.** — M. Gérard Marchant. Au mois de septmbre 1891, j'ai fait une laparotomie pour péritonite turculeuse. On trouva des fausses membranes, des adhénces. Des inoculations furent faites à des cobayes qui rent positives. M. Routier nous a parlé de cette malade et us révélé que la guérison s'était maintenue absolue et mplète jusque dans ces derniers temps.

**Cystostomie sus-pubienne.** — M. Poncet. Je viens vous ésenter les résultats de 63 opérations de cystostomies et elques considérations qui en découlent.

Il faut distinguer la cystostomie chez les prostatiques de lle faite pour d'autres affections urinaires. Je ne veux occuper que des premiers. Je veux d'abord dégager l'obtif de l'intervention que j'ai proposée, créer une voie arficielle, permanente pour remédier à certaines variétés prostatisme.

Je me suis déjà efforcé de spécifier les indications. Il faut considérer chez les prostatiques aseptiques et les prostiques infectés. Cette distinction est plutôt théorique et le us fréquemment on est en présence de malades à cheval r les accidents mécaniques et les accidents infectieux voies urinaires.

Au point de vue de la gravité opératoire et pour étudier résultats ultérieurs, il faut accepter cependant cette déion.

Chez les prostatiques non infectés, j'ai fait 21 opérations obtenu 21 guérisons opératoires. Les unes avaient été finitives, les autres temporaires, c'est-à-dire qu'à un mo-ent donné, on a pu laisser se rétablir le cours normal de rine et fermer l'ouverture vésicale. Les fausses routes, uréthrorrhagies, l'impossibilité en somme du cathétéme sont les indications formelles de la cystostomie, de ême si le cathétérisme est difficile, douloureux et les ngers de la sonde à demeure sont plus grands que ceux la cystostomie sus-pubienne. 11 de mes opérés, il y a e période déjà éloignée, sont encore bien portants.

Dans 42 cas de malades infectés, les résultats ont été difrents. J'ai classé des cas suraigus et aigus et des cas roniques. Dans les cas suraigus, la cystostomie, seule nche de salut pour cette catégorie de malades, n'est, dans plus grand nombre de cas, qu'une méthode palliative.

Sur 14 opérés à l'état aigu, 4 sont morts au bout de quelues jours, les autres ont eu une survie de quatre à six ois.

Dans les formes chroniques infectieuses, les résultats nt moins favorables. Sur 24 cas, 7 sont morts rapidement, survécurent moins d'un an, 7 sont encore en bonne nté après deux ans, trois ans et quatre ans.

Les cas de morts ne peuvent être attribués à l'opération e-même, mais bien à la septicémie qui avait indiqué l'inrvention.

En résumé, les accidents graves du prostatisme mécaque et infectieux sont les indications formelles de la stostomie.

Les succès les plus nombreux sont donnés par les opétions pour rétention sans infection.

La mortalité est plus grande chez les enfants. Le résultat est meilleur dans les cas aigus. La cystostomie soulage les malades. Les infections aiguës fournissent des résultats satisfaisants eu égard à l'état désespéré des malades pour lesquels on opère. Les infections chroniques donnent des chiffres beaucoup moins favorables.

Le résultat fonctionnel doit être aussi considéré. On a reproché à la cystostomie de créer une infirmité permanente et on l'a comparée à l'anus contre nature.

Je dois dire qu'un urinal bien fait recueille les urines et met à l'abri de l'écoulement permanent.

De plus beaucoup de malades arrivent à uriner de loin en loin sans incontinence permanente.

J'ajouterai enfin qu'il ne faut pas se montrer trop difficile au point de vue fonctionnel pour une opération qui sauve le malade et remédie à une affection pour laquelle l'incontinence peut être indispensable.

Sur 63 malades opérés, 42 survécurent ; 12 fois la fonction s'est rétablie par la voie normale. A côté de ces cas se présentent ceux chez lesquels l'urèthre continuateur a dû être maintenu, ils peuvent se diviser en trois classes : 1° les continents au nombre de 7; 2° chez 3 d'entre eux, la continence était partielle, et n'existait par exemple que dans le décubitus ; 3° les incontinents complets au nombre de 12. De cette statistique, il résulte que les cystotomisés ne doivent pas être regardés comme inévitablement des infirmes.

M. Segond. Entre la cystostomie trop facile et le cathétérisme, il y a un juste milieu, et je ne veux pas revenir sur les indications et contre indications de l'opération de Poncet Chez 3 de mes malades qui rentraient dans la catégorie du cathétérisme insuffisant et dangereux, prostatiques tous trois, l'opération a été faite en décembre 1873 et juin 1874, tous trois sont en parfait état santé, quoique tous trois incontinents. Je voulais ajouter ces 3 faits à ceux qui ont été déjà signalés

**Valeur du bouton de Murphy.** — M. Chaput. On emploie, pour les opérations sur l'intestin, trois sortes de boutons, le petit qui mesure 21 millimètres de diamètre et 66 de circonférence ; le moyen : 25 millimètres de diamètre et 78,5 de circonférence ; le gros : 27 millimètres de diamètre et 85 de circonférence.

Ces dimensions sont notablement supérieures à celles de l'intestin vers sa terminaison. D'après les expériences faites avec M. Lenoble, l'intestin non insufflé mesurait dans 8 cas : 41, 27, 27, 26, 45, 37, 27 millimètres de circonférence intérieure.

Après insufflation on obtient les chiffres suivants : 100, 70, 73, 68 millimètres de circonférence intérieure. En déduisant la hauteur des valvules connivents qui sont très souvent circulaires, on obtient les chiffres réels de 70, 40, 43, 38 millimètres.

Sans doute, l'intestin est très extensible, mais cette extensibilité a des limites. Toujours est-il que je peux présenter un calcul bibliaire de 22 millimètres de diamètre que j'ai retiré de l'intestin d'une femme atteinte d'occlusion. Ce calcul avait un diamètre presque identique à celui du petit bouton.

J'ai fait encore avec MM. Lenoble et Angehelesco 24 expériences sur le passage du petit bouton à travers l'intestin grêle; nous avons trouvé 3 arrêts infranchissables, 6 passages très difficiles et 15 passages faciles. Ceci démontre combien il faut être prudent dans l'emploi de cet instrument.

J'ai fait sur le chien 8 opérations de Murphy avec le

concours de M. Boulanger. Quatre animaux ont guéri, les quatre autres sont morts : deux de sphacèle, un de perforation intestinale; chez le quatrième, l'intestin s'est dégagé du bouton Ces expériences ont été publiées dans les Bulletins de la Société anatomique.

J'ai fait une fois l'opération de Murphy sur l'homme. Le malade mourut au bout de quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie l'intestin très aminci, presque perforé au niveau du bouton.

En résumé, en tenant compte des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy, on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il abrège notablement la durée des opérations intestinales; il les rend plus faciles et évite le retrécissement tardif. Malheureusement son emploi n'est pas sans danger, son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument satisfaisant.

**Ostéo-sarcome du pubis. Résection. Prothèse immédiate. Guérison.** — Présentation du malade par M. Picqué.

F. Verchère.

## Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

*Séance du 7 novembre. Présidence de M. le* Dr Verchère.

Le procès-verbal de la séance d'octobre est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. le Dr Philbert donne connaissance au Conseil d'une série de brochures provenant de personnes faisant de l'exercice illégal de la médecine.

La correspondance comprend : 1° une lettre de MM. les Drs Dauchez et Tapie s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; 2° une lettre de M. le Dr Laffitte remerciant le Conseil général des sentiments de bonne confraternité dont il a été l'objet.

**Souscription Laffitte.** — Etat dressé par M. le Trésorier.

Société médicale du 1er arrondissement : 100 francs. — 3e arr. : 50 fr. — 4e arr. : 50 fr. — 6e arr. : 100 fr. — 7e arr. : 50 fr. — 9e arr. : 100 fr. — 10e arr. : 100 fr. — 12e arr. : 100 fr. — 14e arr. : 100 fr. — 16e arr. : 150 fr. — 17e arr. : 256 fr. — Neuilly-sur-Seine : 170 fr. — Boulogne-sur-Seine : 100 fr. — Total à ce jour : 1.426 francs.

Trois Sociétés d'arrondissement ont envoyé leurs fonds directement au bureau de l'Association de la Presse médicale, M. le Trésorier fera parvenir les autres à M. Marcel Baudoin, secrétaire de l'Association.

**Réunion plénière de décembre. Proposition complémentaire.** — M. le Secrétaire général. J'ai demandé la parole sous ce titre, parce que je pense que dans le projet de réunion voté dans la dernière séance il y a une lacune.

Le projet réunit bien, en effet, tous les membres des Sociétés faisant partie du Conseil, mais l'on n'a pas songé que plusieurs arrondissements ne possèdent pas de Société médicale. Le but du Conseil général a été non seulement de former une cohésion entre toutes les Sociétés médicales existantes, mais aussi de pousser à la création de nouvelles; il me semble qu'il y aurait là une occasion unique d'arriver à ce but et de constituer enfin cette vaste fédération médicale de la Seine, dont nous jetions les bases il y a quelque six ans et qui est aujourd'hui en plein développement. Je propose donc qu'il soit adressé une convocation aux confrères des arrondissements qui ne possèdent pas de Société, ainsi qu'à ceux des communes suburbaines.

Après discussion, le principe de la convocation est votée, et la liste des médecins à convoquer est immédiatement dressée.

Les dispositions définitives seront prises dans la prochaine séance ordinaire du Conseil, qui aura lieu le 5 décembre.

**Rapports du corps médical avec les Sociétés de secours mutuels.** — M. Doat (Boulogne-sur-Seine) expose la situation faite aux médecins dans la plupart de ces Sociétés et demande que le Conseil veuille bien étudier cette question.

M. le Secrétaire général rappelle que la question a déjà été soulevée dans plusieurs Sociétés médicales et cite le cas d'une Société où, à la suite d'une entente générale entre tous les confrères, les mutualistes durent s'incliner, mais c'est là une exception, car cela suppose l'assentiment unanime de tous les médecins. D'autre part, la question est encore plus pressante en province. M. le Dr Savornin a publié un rapport très substantiel sur ce sujet, qui se termine par un essai de tarifs d'honoraires. Mais ceci ne saurait exister qu'à l'état de vœu très platonique, il suppose en effet, le consensus universel.

De la discussion qui suit et à laquelle prennent part MM. les Drs Lecoin, Chevallereau, Naulin, Putel, Bezançon, Verchère, il ressort que le Conseil ne saurait traiter d'ensemble une question aussi complexe, et il est décidé que la question sera soumise d'abord à toutes les Sociétés d'arrondissement, avant de passer à une discussion générale.

*Le Secrétaire général :* Dr Cayla.

## CORRESPONDANCE

### Traitement de l'ophthalmie des nouveaux-nés.

Après avoir lu attentivement le travail de notre collègue M. Kalt dans les comptes rendus de l'Académie (1), je me suis demandé pourquoi il voulait préconiser un nouveau traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés, lorsque nous avons entre les mains un moyen thérapeutique excellent, qui a fait ses preuves, qui est d'une sécurité absolue et d'une précision presque mathématique. Les cautérisations des conjonctives avec la solution au nitrate d'argent au 1/40e et au 1/50e, pratiquées avec soin, guérissent les ophthalmies des nouveau-nés presque à coup sûr, pourvu qu'elles soient faites à temps, et en prenant les précautions nécessaires. Si je l'ai bien compris, M. Kalt fait intervenir, comme argument principal, la difficulté du traitement par les cautérisations au nitrate d'argent. Evidemment, il est des cas qui demandent un certain tour de main; mais c'est justement pour les cas difficiles que les spécialistes ont leur raison d'être, qu'ils s'appellent gynécologistes, laryngologistes, oculistes, etc... Dans les cas simples, tout médecin doit apprendre à retourner proprement une paupière, et à passer légèrement sur la surface conjonctivale un pin-

(1) V. *France médicale*, n°42, p. 664.

eau imbibé d'une solution de nitrate d'argent au 1/40e, ans racler la cornée avec ses ongles. C'est élémentaire. Nos cliniques sont faites pour donner cet enseignement et pour ma part, je m'efforce d'apprendre la technique pératoire de toutes les affections externes de l'œil et n particulier de l'ophthalmie des nouveau-nés, à ceux ui me font l'honneur de me suivre et de m'écouter.

Après une expérience personnelle de dix-sept années, uxquelles j'ajouterai les cinq années au cours desquelles ai vu fonctionner avec succès ce mode de traitement uprès de mes maîtres, je n'ai rien trouvé de mieux, et ourtant je me suis beaucoup occupé de l'ophthalmie es nouveau-nés, dont je considère les ravages comme ésastreux au point de vue social. Dans un travail anérieur lu à la Société de médecine publique, j'affirme : 1° que toute ophthalmie purulente des nouveau-nés oit être considérée comme grave ; 2° que toute ophhalmie des nouveau-nés bien soignée, et soignée à emps, doit guérir. J'entends l'ophthalmie des nouveaués chez des enfants bien portants et sans complications iphtéritiques ou pseudo-membraneuses.

Ces complications nécessitent un traitement tout différent, et excluent l'emploi du nitrate d'argent. — La ase du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés st la cautérisation des muqueuses conjonctivales, les aupières étant complètement retournées, et les cornées tant parfaitement protégées, avec la solution de nitrate l'argent au 1/40e dont l'excès est neutralisé avec la olution saturée de sel marin. Le nitrate d'argent est e plus efficace des microbicides. Il n'est pas irritant, à a condition que l'excès en soit neutralisé. Peu après on application, l'enfant est soulagé et s'endort tranuillement. Sauf des cas absolument exceptionnels, une eule cautérisation doit être faite pendant une période le 24 heures. Les solutions concentrées au 1/15e et au /20 sont contre-indiquées ; à plus forte raison doit-on roscrire le crayon de nitrate d'argent, aussi mitigé ue l'on voudra, qui amène des fausses membranes, des schares, d'où desquamation de la surface épithéliale le la cornée, qui ouvre toute grande la porte aux infecions microbiennes.

M. Kalt préconise les lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/5000e. A cette dose, le permanganate de potasse n'est plus microbicide ; il n'est u'irritant. On pourrait le remplacer par toute autre olution destinée à balayer la muqueuse. Or, dans 'ophthalmie purulente, les lavages ne suffisent pas. Quelle que soit la rapidité du courant d'eau, quelle que oit sa quantité, il reste toujours au fond du cul-de sac les streptocoques qui pullulent avec rapidité, et qui endent tout lavage illusoire. A mon avis, ces lotions lonnent une fausse sécurité. C'est le grand reproche ue je fais à l'eau boriquée, si universellement employée, ien inoffensive par elle-même mais dangereuse en ce u'elle donne l'illusion d'un traitement utile.

Même au 1/5000 le permanganate de potasse est très rritant pour la muqueuse oculaire. Son application est douloureuse ; au bout de quelques instants de lavage, s'il s'agit d'un adulte, celui-ci accuse une violente douleur à la tempe, qui force à cesser l'irrigation, Les conjonctives se boursouflent, s'œdématient et il se forme un chémosis, qui vient gêner les manœuvres ultérieures, et ne peut que contribuer à nécroser la cornée.

Les lavages fréquemment répétés sont aussi dangereux pour la santé de l'enfant, qui a besoin de sommeil, et que l'on dérange à chaque instant, l'empêchant ainsi de prendre un repos dont il a si grand besoin. Ces lavages, quelque bien faits qu'ils soient, le mouillent et l'exposent à des rhumes, des bronchites, des angines, etc...

Et puis la statistique de M. Kalt n'est pas très encourageante. Sur 35 enfants, 12 ont eu des ulcérations cornéennes. Je veux bien qu'on les lui ait amenés tardivement. Mais ces retards dans les soins à donner sont-ils spéciaux aux Quinze-Vingts?

Dans nos cliniques particulières, on nous les amène beaucoup plus tôt. Cette année, sur 6.540 malades qui se sont présentés à ma clinique de la rue Monsieur-le-Prince, j'ai eu à soigner 63 enfants atteints d'ophtalmie des nouveau-nés (à peu près 1 p. 100 de la totalité des malades). Sur 126 yeux contaminés (car l'affection est toujours bilatérale) un seul a présenté une ulcération, actuellement guérie, et ayant laissé comme trace de son passage un petit leucome adhérent ; et il s'agissait d'un enfant malingre, chétif, venu avant terme. Trois enfants m'ont été amenés avec les yeux complètement perdus, atrophiés ou staphylomateux. Je n'ai pas à les faire entrer dans ma statistique, puisque je ne leur ai pas donné de soins ; il n'y avait plus rien à tenter Ceux-là avaient été soignés avec des irrigations quelconques.

Pour conclure, nous possédons avec le nitrate d'argent en solution au 1/40e, un spécifique de l'ophthalmie des nouveau-nés qui laisse bien loin derrière lui tous les moyens qui ont été préconisés dans ces dernières années (sublimé, iodoforme, bleu de méthyle, permanganate de potasse, etc.).

D. A. Dehenne.

## VARIÉTÉS

### La maladie du tsar Alexandre III.

Nous reproduisons à titre de document les pièces ci-dessous :

*Diagnostic de la maladie de S. M. l'empereur Alexandre Alexandrovitch ayant amené le décès de Sa Majesté.*

Néphrite interstitielle chronique suivie de lésions du cœur et des vaisseaux, infarctus hémorrhagique au poumon gauche suivi de pneumonie.

Signé, le 21 octobre 1894, par MM. les professeurs Leyden et Zakharine, le chirurgien honoraire

de la cour Hirsch, le professeur Popof et le chirurgien honoraire de la cour Véliaminof.

Contresigné par le ministre de la cour impériale, comte Vorontsof-Dachkof.

*Procès-verbal de l'autopsie de feu l'empereur Alexandre III*

L'an mil huit cent quatre-vingt-quatorze, dans la journée du 22 octobre, à sept heures et demie du soir, nous soussignés, procédant à l'embaumement du corps de feu l'empereur Alexandre Alexandrovitch, avons constaté les altérations suivantes :

Œdème considérable du tissu sous-cutané des jambes et taches rougeâtres sur le genou gauche. La cavité de la plèvre gauche contenait 200 centimètres cubes de liquide séreux coloré en rouge ; dans la cavité de la plèvre droite il y a avait 50 centimètres cubes du même liquide. Le sommet du poumon droit porte une cicatrice fibreuse de date ancienne, le poumon droit est œdémateux. Le lobe supérieur du poumon gauche est légèrement œdémateux et il y a un infarctus hémorrhagique dans le lobe inférieur, très rempli de sang et contenant fort peu d'air. L'infarctus hémorrhagique se trouve sur le bord supérieur du lobe inférieur du poumon gauche et présente à la section la forme d'un triangle d'un centimètre et demi de hauteur et d'un centimètre de largeur. La cavité du péricarde contenait 30 centimètres cubes de liquide séreux de teinte rouge.

Le volume du cœur est considérablement augmenté. Le diamètre vertical est de 17 centimètres, le diamètre horizontal de 18 centimètres ; le tissu subséreux contient une grande quantité de tissu graisseux (*Lipomatosis cordis*). Le cœur se trouve dans un état de diastole légère. La cavité gauche est agrandie et la paroi du ventricule gauche est épaissie (elle a 2 cent. 1/2 d'épaisseur). La musculature du ventricule gauche est pâle, flasque et de teinte jaunâtre (*Degeneratio adiposa myocordii*). Dans le ventricule droit, la paroi musculeuse est amincie (6 millimètres) et a la même teinte jaunâtre. L'appareil valvulaire est dans un état complètement normal.

La cavité abdominale contenait environ 200 centimètres cubes de liquide séreux. L'estomac et les intestins contenaient une grande quantité de gaz. Le volume du foie est un peu agrandi, et cet organe est très pléthorique. Les reins ont les dimensions suivantes : le gauche, 16 centimètres de longueur, 7 centimètres de largeur et 4 centimètres d'épaisseur ; le droit, 15 centimètres de longueur, 6,5 centimètres de largeur et 4 centimètres d'épaisseur. La capsule du rein est d'épaisseur normale et se détache facilement. La surface des reins est légèrement granuleuse, de couleur rouge foncé ; la densité des reins est insignifiante. La substance corticale des reins est amoindrie (de 6 à 7 millimètres) et de teinte jaunâtre ; la substance médullaire est de couleur rouge foncé (*Nephritis interstitialis cum atrophia substantiva corticalis renum granulosa.*) De plus, on a trouvé dans le rein gauche un kyste séreux de 3 millimètres de diamètre.

En vertu de ce qui précède, nous formulons l'avis que S. M. l'Empereur Alexandre Alexandrovitch a succombé à une paralysie cardiaque, précédée d'une dégénérescence de la musculature du cœur hypertrophié et d'une néphrite interstitielle (atrophie granuleuse des reins).

Signé : Le conseiller d'Etat actuel, Jean Fédorovitch Klein, professeur ordinaire émérite d'anatomie pathologique à l'Université impériale de Moscou ; le conseiller d'Etat actuel Dmitri Nicolaïévitch Zernof, professeur ordinaire émérite d'anatomie normale à la même Université ; le conseiller d'Etat Mitrophane Alexéïévitch Popof, professeur ordinaire d'anatomie normale à l'Université impériale de Kharkov ; le conseiller de collège Nicolas Vladimirovitch Altoukhov, professeur d'anatomie à l'Université impériale de Moscou ; le conseiller de cour Alexis Constantinovich Béloousof, prosecteur d'anatomie à l'Université impériale de Kharkov.

Contresigné par le ministre de la cour impériale, comte Vorontsof-Dachkof.

## NOUVELLES

**Faculté de médecine de Paris.** — STAGE HOSPITALIER, ENSEIGNEMENT DES STAGIAIRES. Services dans lesquels seront classés les stagiaires, du 1er décembre 1894 au 1er mars 1895.

I. — Services réservés aux stagiaires de 4e année (vétérans) pourvus de 12 à 15 inscriptions. — *Médecine.* — 1° Services généraux : *Hôtel-Dieu.* MM. G. Sée, Cornil, Ferrand. — *Charité.* MM. Potain, Constantin Paul. — *Pitié* MM. Jaccoud, Robin, Faisans. — *Saint-Antoine.* M. Hayem.

2° Services spéciaux : *Sainte-Anne* (Maladies mentales) M. Joffroy. — *Enfants-Malades* (Maladies des enfants) M. Grancher (M. Marfan, suppléant). — *Saint-Louis* (Maladies cutanées et syphiliques). M. Fournier. — *Salpêtrière* (Maladies nerveuses). M. Raymond.

*Chirurgie.* — 1° Services généraux : *Hôtel-Dieu.* M. Duplay. — *Charité.* M. Tillaux. — *Pitié.* M. Berger. — *Necker.* M. Le Dentu.

2° Services spéciaux : *Hôtel-Dieu* (Maladies des yeux) M. Panas. — *Necker* (Maladies des voies urinaires) M. Guyon.

II. — Services destinés aux stagiaires de 3e année (nouveaux), pourvus de 8 à 11 inscriptions. — *Médecine.* — *Charité.* M. Gouraud. — *Saint-Antoine.* MM. Hanot, Letulle, Gaucher, Tapret. — *Cochin.* M. Chauffard. — *Necker.* MM. Rendu, Huchard, Cuffer. — *Baujon.* MM. Fernet, Rigal. — *Lariboisière.* MM. Duguet, Troisier, Dreyfus-Brissac. — *Laënnec.* MM. Landouzy, Gingeot, Merklen. — *Broussais.* M. Barth.

*Chirurgie.* — *Hôtel-Dieu.* M. Polaillon. — *Pitié.* M. Reclus. — *Saint-Antoine.* MM. Monod, Blum. — *Cochin.* MM. Schwartz, Quénu. — *Lariboisière.* M. Peyrot. — *Broussais.* M. Campenon.

(En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils suivront les services hospitaliers qu'ils choisiront eux-mêmes, et produiront des certificats de leurs chefs de service, pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.)

**Faculté de médecine de Paris.** COURS DE MÉDECINE LÉGALE

PRATIQUE ET CONFÉRENCES PRATIQUES APPLIQUÉES A LA TOXICOLOGIE : professeur M. Brouardel. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue.* — Le cours de médecine légale pratique a commencé, à la Morgue, le mercredi 7 novembre 1894, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences ont lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 10 novembre 1894, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours : Les jeudis, à 4 heures : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis et samedis, à 3 heures : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; M. Ogier, docteur ès science, chef du laboratoire de chimie.

III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine;

2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le professeur Terrier a commencé ce cours le mercredi 7 novembre 1894, à 5 heures (grand amphithéâtre) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE. — M. le professeur Landouzy a commencé ce cours le vendredi 9 novembre 1894, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

*Objet du cours* : 1° Sérothérapie : traitement de la diphtérie; 2° indications thérapeutiques et médications dans les affections des appareils vasculaire et rénal (thérapeutique des affections : du cœur, de l'aorte et des vaisseaux, du rein).

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le professeur Dieulafoy a commencé ce cours le samedi 10 novembre 1894, à 3 heures (grand ampithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. — M. le professeur Pinard a commencé ce cours le vendredi 9 novembre 1894, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours, lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur; mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond; leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, leçons de thérapeutique obstétricale, par le Dr Varnier; leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Wallich; kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer.

Tous les jours, cours pratique et manœuvres obstétricales par MM. Lepage, Potocki, Bouffe de Saint-Blaise, Baudron et Funk Brentano.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE. — M. le professeur Joffroy a commencé ce cours le samedi 10 novembre 1894, à 9 heures 1/2 du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les mereredis et samedis suivants à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur G. Hayem a commencé son cours le samedi 10 novembre 1894, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Les mardis et samedis : leçon sur les malades.

Le jeudi : technique clinique.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le professeur Panas a commencé ce cours le lundi 12 novembre 1894, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Jalaguier, agrégé, a commencé ces conférences le samedi 10 novembre 1894, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE. — M. Netter, agrégé, a commencé ces conférences le samedi 18 novembre 1894 et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à 6 heures, dans le petit amphithéâtre.

Les samedis, à partir du 17 novembre, la conférence aura lieu, à 3 heures, au laboratoire d'hygiène (Ecole pratique).

**Hôpital Saint-Louis.** — COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 16 novembre 1894, à 9 h. 1/2 du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DE LA PEAU. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 18 novembre 1894, à 10 h. 1/2 du matin, à hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

Objet du cours : Lèpre. — Lupus et tuberculoses cutanées. — Dermatoses suppuratives. — Teignes et dermatoses parasitaires.

**Hospice de la Salpêtrière.** — COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le professeur Raymond commencera ce cours le vendredi 16 novembre 1894, à 10 heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

**Faculté de médecine de Paris.** — M le professeur G. SÉE reprend ses cours à l'Hôtel-Dieu, les lundis à 10 heures : leçons cliniques; les vendredis à 10 heures : conférences.

**Hôtel-Dieu.** — M. le professeur DUPLAY reprendra son cours le vendredi 16 novembre 1894, à 9 h. 1/2 et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

**Faculté de médecine de Paris.** — COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur LABOULBÈNE commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 17 novembre 1893, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et same-

dis suivants, à la même heure. Dans la première leçon, le professeur exposera la biographie et les œuvres de Galien.

**Faculté de médecine de Lille.** — M. Barrois, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'histoire naturelle des parasites à la même Faculté. (Chaire nouvelle.)

**Faculté des sciences de Clermont.**— M. Girod, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé d'un cours complémentaire de botanique à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé professeur de botanique à ladite Faculté. (Chaire nouvelle.)

**Faculté des sciences de Marseille.** — M. Pauchon, docteur en médecine, chargé d'un cours complémentaire de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé professeur de botanique agricole à cette Faculté. (Chaire nouvelle.)

**Faculté des sciences de Montpellier.** — M. Meslin, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur de physique à ladite Faculté. (Chaire nouvelle.)

**Association française de chirurgie.** — Le Conseil d'administration a nommé à l'unanimité vice-président du conseil M. le professeur Guyon, de l'Institut.

Le Conseil a décidé que le prochain congrès, fixé au mois d'octobre 1895 par l'Assemblée générale, commencerait le 3e lundi de ce mois.

Enfin, le Conseil a mis à l'ordre du jour du prochain congrès les deux questions suivantes :

1° Chirurgie du poumon (la plèvre excepté).

2° De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (le crâne excepté).

**Hôpitaux de Paris.** — Concours de l'externat. Le jury a fait cette année une innovation heureuse. Pour éviter aux candidats des dérangements quotidiens, mais inutiles, il les divise par séries de 100, ce qui correspond aux séances d'une semaine seulement.

**Collège de France.** — L'assemblée des professeurs du Collège de France a présenté en première ligne pour la chaire de médecine M. d'Arsonval, et en seconde ligne M. le Dr Charrin.

**Cours d'anthropologie.** — M. le Dr Verneau, professeur, a commencé ce cours le mercredi 7 novembre à 8 h. 1/2 du soir, dans la salle des Prévôts, à l'Hôtel de Ville, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Le professeur terminera l'étude des races humaines actuelles par l'examen des races blanches ; puis il traitera de l'évolution de l'individu, de la famille et de la société.

**École de médecine de Poitiers.** — Par arrêté ministériel en date du 22 octobre 1894, les modifications suivantes sont apportées dans le personnel de l'École de médecine.

M. le Dr Jallet, atteint par la limite d'âge, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Roland est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologique.

M. le Dr Chédevergne est nommé professeur de clinique médicale.

M. le Dr Chrétien est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le Dr Dalaunay est nommé professeur de physiologie.

M. le Dr Brossard est nommé chargé de cours de pathologie interne.

**L'affaire Laffitte.** — Notre ami le Dr Arragon, de la Pointe-à-Pitre, nous envoie le texte de la pétition suivante qui, heureusement, n'a plus de raison d'être :

« Nous soussignés, docteurs en médecine, déclarons nous associer à la requête adressée au Président de la République, par le corps médical de France, en faveur de notre estimé confrère le Dr Laffitte.

« Nous prions notre confrère et représentant à la Chambre, M. le Dr Isaac, d'être l'interprète de nos sentiments en cette douloureuse circonstance. »

Tous les médecins de la Pointe-à-Pitre ont signé.

Ce sont MM. les Drs Hanne, Léger, Loyseau, Lyonel Méloir, Raiffer, Crâne, Guesde, Arragon.

**Le Conseil municipal de Paris**, dans sa séance du 7 novembre, a voté la création, dans le plus bref délai, et proche de l'Institut Pasteur, d'un hôpital de diphtériques.

**La sérothérapie à Bordeaux.** — Conformément au rapport du Dr Lande, adjoint pour l'hygiène, le Conseil municipal de Bordeaux a voté 5.000 francs pour le règlement des dépenses opérées pour la création d'un service antidiphtérique et 8.000 francs pour le fonctionnement de ce service en 1895.

**Nécrologie.** — Le Dr Linarès (Jean-Hippolyte) père, chevalier de la Légion d'honneur, ancien maire de Limeuil (Dordogne), décédé à Limeuil le 15 octobre à l'âge de 84 ans. — Le Dr Gaillard, d'Hartennes (Aisne), reçu en 1880. — Le Dr Patritti, de Brignoles (Var), reçu en 1872. — Le Dr Louis Figuier dont le nom est si connu par ses œuvres de vulgarisation scientifique, que notre confrère publiait régulièrement depuis 1856. — Le Dr Ernest Berchon, médecin principal de la marine, ancien directeur du service de santé à Pauillac et ancien président de l'Académie de Bordeaux, décédé à l'âge de 69 ans. Le Dr Berchon avait été, avec M. de Folin et le Dr Périer, fondateur de la publication périodique intitulée les *Fonds de la mer*, qui a été le point de départ des recherches ultérieures du *Talisman* et du *Travailleur*.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**La lèpre**, par le Dr Jules Goldschmidt, in-8, 56 pages et 10 planches. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

**De la chirurgie du goitre**, par le Dr D. Hacco, professeur agrégé à l'Université d'Athènes, in-8, 44 francs. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

**DYSPEPSIES.**— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase

**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières.

**CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.

**VIN AROUD** (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

**PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES** traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux.— **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

**SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER.** 1 cuillerée à café au repas

*Le Gérant :* A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*